

2 Mutismus, Stupor und Dissoziation

Peter Neu

Fallbeispiel

Die etwa 35-jährige Patientin wird von der Polizei in die Klinik gebracht. Sie hatte sich seit mindestens 10 Stunden in der Halle des Hauptbahnhofes aufgehalten und war dem dortigen Sicherheitsdienst aufgefallen. Sie habe verwirrt gewirkt, sei wie ziellos umhergeirrt und habe dann zwischendurch wieder längere Zeit reglos auf einer Bank gesessen und in die Ferne gestarrt. Als sie vom Sicherheitsdienst angesprochen worden sei, habe sie kein Wort von sich gegeben und auch keinerlei Blickkontakt aufgenommen. Es schien den Sicherheitsbeamten, als nehme die Patientin die Anwesenheit anderer Menschen kaum wahr. Sie habe sich aber ohne jeglichen Widerstand in die Klinik bringen lassen. Die Patientin hat keine Papiere bei sich, die Identität lässt sich daher zum Aufnahmezeitpunkt nicht feststellen. Das Klinikpersonal sieht in der Aufnahmesituation den Bericht der Bahnhofspolizei bestätigt. Die Patientin ist altersentsprechend gekleidet, sie macht jedoch den Eindruck, als habe sie bei eigentlich guter Körperpflege diese in der letzten Zeit vernachlässigt. Die Patientin ist wach, hat die Augen geöffnet und blickt den Untersucher gelegentlich an, wirkt jedoch teilnahmslos und reagiert nicht auf Ansprache und befolgt auch keine Anweisungen. Die Patientin ist mit Mantel, Pullover, Hosen und Schuhen bekleidet. Bei äußerlicher Betrachtung sind keine Verletzungen erkennbar. Außer den Angaben der Bahnhofspolizei ist keine Fremdanamnese verfügbar.

Der Beispielfall beschreibt eine typische Aufnahmesituation, in der ein Patient nicht spricht und scheinbar keinen Kontakt zu sei-

ner Umwelt aufnimmt oder diesen zulässt. Die Differenzialdiagnose kann hier mitunter kompliziert sein, weil einige psychiatrische und nichtpsychiatrische Erkrankungen derartige Symptome hervorrufen können. Aus psychiatrischer Sicht müssen zunächst die wichtigsten Symptome voneinander abgegrenzt werden, die den Zustand charakterisieren, um so einen Rückschluss auf die Genese ziehen zu können. Diese sind der Mutismus, der Stupor und die Dissoziation. In der Praxis ist die Differenzierung dieser drei Symptome häufig sehr schwer, da sie sich in der klinischen Erscheinung miteinander sehr ähnlich sind. Zur besseren Orientierung sind die drei Begriffe hier noch einmal definiert.

Mutismus: Wortkargheit (weniges, oft auch leises Sprechen) bis hin zum Nichtsprechen (Verstummen) bei intaktem Sprach- und Sprechvermögen. Der Mutismus gehört in den Bereich der Antriebsstörungen und wird vom willentlichen Schweigen abgegrenzt. Mutismus kann im Rahmen fast aller psychiatrischer Krankheitsbilder vorkommen.

Stupor: Zustand deutlich verminderter bzw. aufgehobener psychomotorischer Aktivität, der weder durch Schlaf noch durch eine quantitative Bewusstseinsstörung zu erklären ist. Der Patient nimmt dabei die Vorgänge seiner Umgebung mit besonderer Empfindlichkeit wahr, kann sich aber an ihnen nicht beteiligen, was für ihn sehr quälend ist. Ein Stupor kommt v.a. in der Depression und Schizophrenie vor.

Dissoziation: Hauptmerkmal der Dissoziation ist eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Gedächtnisses, des Bewusstseins, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Normalerweise besteht beim Gesunden ein hoher Grad bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit selektiert und welche Bewegungen ausgeführt werden. Bei einer Dissoziation wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist. Die Störung kann plötzlich oder allmählich auftreten. Eine Dissoziation kann bei den verschiedensten psychischen Erkrankungen auftreten.

2.1 Ursachen

In Tabelle 2-1 sind die möglichen psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Krankheitsbilder aufgelistet, die eine der drei Symptome

Tab. 2-1 Ursachen für Mutismus, Stupor und Dissoziation

| | |
|----------------------|---|
| Psychiatrisch | <ul style="list-style-type: none"> ● Affektive Erkrankung ● (Katatone) Schizophrenie ● Malignes neuroleptisches Syndrom ● Serotonin-Syndrom ● Drogenintoxikation ● Belastungsreaktionen ● Persönlichkeitsstörung ● Delir ● Demenz (bei älteren Patienten) |
| Andere | <ul style="list-style-type: none"> ● Metabolische Störungen (u. a. diabetische Ketoacidose, akute intermittierende Porphyrie, hepatische Enzephalopathie, Urämie) ● Arzneimittelinduziert ● Epilepsie (Status non-convulsivus, postiktaler Zustand) ● Parkinson-Krise ● Meningitis/Enzephalitis ● Zerebrale Raumforderung, Ischämie, Blutung ● Schädel-Hirn-Trauma |

hervorrufen können. Beim Vorliegen einer der nichtpsychiatrischen Ursachen und auch z. B. bei der Drogenintoxikation dürfte man streng genommen nicht von Stupor, Mutismus oder Dissoziation sprechen, sondern es wird eher eine Bewusstseinsstörung vorliegen, dies kann jedoch in der Praxis mitunter kaum zu unterscheiden sein.

2.2 Diagnostik und Therapie

Wieder gehen wir davon aus, dass Sie in der Aufnahmesituation eine nur eingeschränkte Möglichkeit der Fremdanamnese und der Diagnostik haben und sich trotzdem ein Bild über die möglichen Ursachen der gesehenen Symptomatik machen müssen. Das folgende vorgeschlagene Prozedere soll einerseits den wahrscheinlichsten Differenzialdiagnosen zu allererst Rechnung tragen, andererseits eine Untersuchung der anderen überhaupt erst ermöglichen. Die vorgeschlagenen Schritte sind in Abbildung 2-1 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Da Sie damit rechnen müssen, dass bei der Patientin ein wichtiges Leitsymptom die Angst ist, sollten Sie eine **Kontaktaufnahme** sehr behutsam beginnen und sich und Ihre Funktion in ruhigem und freundlichem Ton erst einmal vorstellen. Bewahren Sie einen angemessenen Abstand zu der Patientin. Der Grund hierfür liegt zum einen darin, dass Sie nicht wissen, ob Ihr Gegenüber fremdaggressiv reagieren könnte, v.a. aber, weil der Patientin eine zu große Nähe einer fremden Person eher eine mutmaßlich vorhandene Angst steigern wird.

! Cave

Beachten Sie bei der Exploration, dass beim Mutismus die Antworten mit langen Latenzen kommen können und man daher besonders geduldig sein sollte.

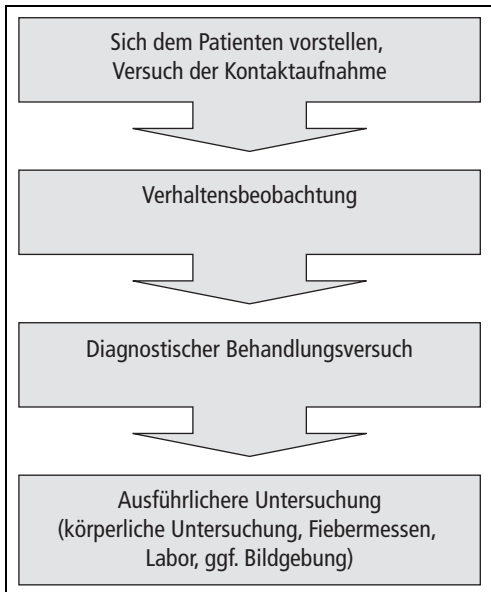


Abb. 2-1 Praktisches Vorgehen bei der Differenzialdiagnose von Mutismus, Stupor und Dissoziation

Wenn die Patientin weiterhin nicht reagiert und die Gegebenheiten es erlauben (z. B. geschlossene Station), nehmen Sie sich Zeit zur **Verhaltensbeobachtung** der Patientin. Wie auch in den anderen Kapiteln oft erwähnt spielt die Verhaltensbeobachtung bei der Diagnose auf der Akutstation eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie gibt v. a. Aufschlüsse über den Zustand der Patientin, ohne dass diese durch eine für sie manchmal sehr unangenehme explorative Befragung beunruhigt wird. Lassen Sie die Verhaltensbeobachtung gegebenenfalls durch das Pflegepersonal über einige Zeit fortführen. Dabei achten Sie besonders auf die folgenden Punkte:

- Wie z. B. reagiert die Patientin bei Anbieten oder Hinstellen von Speisen und Getränken?
- Interessiert sie sich für die Ausstattung der Station?
- Nimmt die Patientin Kontakt zu anderen Patienten auf?
- Kommt es in Abhängigkeit von äußeren Faktoren (z. B. Ansprache oder Nichtbeachtung) zu einer Modulation der Symptomatik?

Beachten Sie aber auch, dass sich durch die Verhaltensbeobachtung auch Hinweise auf andere nichtpsychiatrische Erkrankungen ergeben können. So können Sie anhand der Bewegungen der Extremitäten erste Anzeichen auf das Vorliegen von Seitendifferenzen und Paresen erhalten. Bei der Beobachtung des Gangbildes können sich Hinweise auf das Vorliegen eines Parkinsonismus ergeben.

Sollte die längere Verhaltensbeobachtung aus verschiedensten Gründen nicht möglich sein oder Sie keine weiteren Aufschlüsse mehr erhalten, behandeln Sie zuerst die wahrscheinlichsten Differenzialdiagnosen im Sinne einer **differenzialdiagnostischen Behandlung**. Diese sind die psychiatrischen Ursachen aus Tabelle 2-1. Geben Sie der Patientin 1 mg Lorazepam oral oder i.m./i.v. Bei Personen über ca. 60 Jahren wählen Sie zunächst die halbe Dosis.

Cave

Für den Fall, dass es sich um einen Stupor im Rahmen einer katatonen Schizophrenie handelt, könnte die Symptomatik ohne erkennbare Ursache unvermittelt und plötzlich in hochgradige Erregung und Aggression umschlagen! Führen Sie die Erstversorgung daher nicht allein, sondern im Beisein oder mindestens in Sichtkontakt mit dem anderen medizinischen Personal durch.

Durch eine Lorazepamgabe ist die Wahrscheinlichkeit einer Besserung aller in Tabelle 2-1 genannten psychiatrischen Ursachen hoch. Lorazepam ist sehr gut geeignet zur Behandlung von katatonen Symptomen. Kliniker machen immer wieder die beeindruckende Erfahrung, dass bei schweren mutistischen oder stuporösen Zuständen nach Lorazepamgabe der Patient plötzlich deutlich besser über seine Symptome berichten kann (s. auch Kap. 1). Selbst wenn eine der anderen genannten Erkrankungen Ursache der Störung ist und Sie keine wesentliche Besserung sehen, erwächst dem Patienten aus der Applikation von Lorazepam zumindest kein Nachteil.

Tab. 2-2 Hinweise auf verschiedene Ursachen für Stupor, Mutismus und Dissoziation

| Symptom/Befund/Untersuchung | Möglicher diagnostischer Hinweis auf |
|---|---|
| Fieber, Rigor, Creatinkinase deutlich erhöht | Malignes neuroleptisches Syndrom, perniziöse Katatonie, Serotonin-Syndrom |
| Fieber, Entzündungsparameter, Meningismuszeichen | Meningitis/Enzephalitis |
| Paresen, Hirnnervenausfälle | Raumforderung, Ischämie, Blutung |
| Äußerliche Verletzungen, neurologische Untersuchung | Schädel-Hirn-Trauma |
| Labor, körperliche Untersuchung | Metabolische Störungen |
| Zungenbiss, Ceratinkinase-Erhöhung | Epilepsie |
| Neurologische Untersuchung | Parkinson |

Tab. 2-3 Zu erwartende Akuteffekte der Lorazepamgabe bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern

| Erkrankung | Wirkung der Lorazepamgabe |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Katatone Schizophrenie ● Depressiver Stupor | Deutliche Besserung! Patient spricht mehr, nimmt Kontakt auf. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Malignes neuroleptisches Syndrom ● Serotonin-Syndrom | Stabilisierung bzw. Besserung |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Drogenintoxikation ● Delir | Je nach Substanz und Ursache; Besserung wahrscheinlich, möglicherweise aber mehr Sedierung |
| <ul style="list-style-type: none"> ● PTBS ● Persönlichkeitsstörung | Geringe oder keine Besserung |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Demenz | Sedierung, keine Besserung |

Sollte sich keine Änderung ergeben, wiederholen Sie die Lorazepamgabe mit derselben Dosis nach einer Stunde, es sei denn, dass es durch die erste Gabe zu einer deutlichen Sedierung gekommen ist.

Jetzt nehmen Sie eine Blutentnahme vor und führen eine internistisch-neurologische **Untersuchung** durch. Die wichtigen Notfalllaborparameter bei Stupor, Mutismus und Dissoziation sind:

- Blutbild
- Glucose
- Transaminasen (GOT, GPT)
- Kreatinin
- Natrium, Kalium
- Creatinkinase
- C-reaktives Protein (CRP)/Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Gerinnungsparameter
- Drogenurin

Es empfiehlt sich, dies erst nach Gabe des Lorazepam durchzuführen, um die Patientin nicht zu verängstigen und um mit etwas Mitarbeit der Patientin rechnen zu können. Hierdurch werden Sie weitere Hinweise erhalten, die Sie der Diagnose weiter näherbringen. In Tabelle 2-2 ist aufgeführt, welche Symptome bzw. Befunde auf welche möglichen Ursachen für Stupor, Mutismus und Dissoziation hinweisen.

In Tabelle 2-3 sind die zu erwartenden Veränderungen nach Lorazepamapplikation bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern dargestellt. Die deutlichste Veränderung wird bei einer katatonen Schizophrenie oder einem depressiven Stupor zu sehen sein. Auch bei einem malignen neuroleptischen Syndrom ist die Lorazepamgabe als unspezifisches Therapeutikum gut geeignet, es wird Ihnen zumindest ermöglichen, weitere Diagnostik